

УДК 611.161-058.86:616-08

## ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Н.А. Максимович, Т.А. Лашковская, В.Б. Гузаревич,  
А.И. Кизелевич, Н.А. Малышко, Е.А. Осипова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

### Реферат

*В статье представлены особенности клинической картины геморрагического васкулита у детей. Показано, что основными синдромами геморрагического васкулита является кожный (100%), суставной (65,7%), абдоминальный (35,7%) и почечный (12,8%). Проанализировано лечение различных форм геморрагического васкулита у детей.*

**Ключевые слова:** дети, геморрагический васкулит, современное течение, лечебная тактика.

### Введение

Геморрагический васкулит (ГВ) - болезнь Шенлейна-Геноха, капилляротоксикоз, аллергическая пурпура – заболевание из группы системных васкулитов с преимущественным поражением сосудов микроциркуляторного русла кожи, суставов, желудочно-кишечного тракта и почек. ГВ - наиболее частое в детском возрасте заболевание из группы системных васкулитов встречается с частотой 23-25 случаев на 100000 детей [1]. ГВ чаще болеют дети в возрасте 4-8 лет с преобладанием мальчиков [4].

В основе заболевания в большинстве случаев лежит гиперпродукция низкомолекулярных циркулирующих иммунных комплексов и отложение гранулярных IgA-депозитов в сосудистой стенке с последующей активацией системы комплемента, повышением проницаемости сосудов микроциркуляторного русла и с вовлечением в процесс системы гемостаза. В результате нарушаются реологические свойства крови, усиливается агрегация тромбоцитов и развивается синдром гиперкоагуляции с депрессией фибринолитической системы [1, 8].

### Материалы и методы

Исследования выполнены у 70 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, проходивших стационарное обследование и лечение в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2006 по 2010 годы.

В группе обследованных детей с ГВ проведен анализ частоты встречаемости клинических синдромов заболевания, а также проанализирована эффективность использования современной лечебной тактики.

По возрасту пролеченные дети с ГВ распределились следующим образом: от 1-3 лет – 12 (17%), 4-6 лет – 26 (37%), 7-10 лет – 11 (16%), 11-14 лет – 12 (17%), 15-18 лет – 9 (13%).

### Результаты и их обсуждение

У большинства детей ГВ начинался остро с манифестации кожного синдрома на фоне повышения температуры тела до субфебрильных, реже фебрильных цифр и присоединения одного из других основных синдромов: суставного, абдоминального, почечного, либо их комбинации.

Причины ГВ до сих пор окончательно не выяснены. Дебюту заболевания обычно предшествуют острые вирусные или бактериальные инфекции, чаще верхних дыхательных путей, а также «погрешности» в диете. Исходя из признанной иммуннокомплексной теории заболевания наиболее вероятными причинами ГВ могут быть пищевая или лекарственная аллергия, профилактические прививки, укусы насекомых, обострение очагов хронической инфекции [4, 7]. Однако не всегда удается разграничить причинные и провоцирующие факторы данного заболевания.

У пролеченных нами детей хронические очаги инфекции были диагностированы у 32 (45,7%); у 62 (88,5%) - выявлен отягощенный аллергологический анамнез. Накануне заболевания ГВ 64 (91,4%) ребенка перенесли вирусную или бактериальную инфекцию. В осенне-весенний период дети заболевали ГВ в 2,4 раза чаще, чем в летний и зимний периоды.

Кожная форма ГВ диагностирована у 18 (25,7%) пациентов, смешанная форма - у 52 (74,3%). Легкая степень тяжести ГВ отмечалась у 18 (25,7%) детей, средне-тяжелая - у 43 (61,4%), тяжелая степень ГВ - у 9 (12,9%) больных.

Анализ клинической картины показал, что у всех обследованных заболевание начиналось с кожного синдрома, проявляющегося в виде симметричной папулезно-геморрагической сыпи различной интенсивности, чаще локализованной на передней поверхности голени 58 (82,9%). В области голеностопных, коленных, локтевых и лучезапястных суставов сыпь выявлялась у 38 (54,3%) детей, на ягодицах – у 28 (40,0%), задней поверхности бедер – у 15 (21,4%), области предплечий – у 15 (21,4%). Реже элементы папулезно-геморрагической сыпи диагностировались в нетипичных местах: на животе у 4 (5,7%) детей, в области лица у трех пациентов. У 58 (82,9%) больных имело место сочетание различной локализации сыпи.

У одного ребенка в возрасте трех лет наблюдалось тяжелое течение кожной формы ГВ с отдельными элементами некроза кожи. У десятилетнего ребенка со смешанной формой заболевания, протекающей на фоне пищевой аллергии, отмечался ангионевротический отек стоп, лица, поясничной области.

Суставной синдром с преимущественным поражением крупных суставов выявлен у 46 (65,7%) детей. Припухлость, болезненность, ограничение подвижности голеностопных суставов отмечалась у каждого второго ребенка - у 13 (28,2%) детей, лучезапястных - у 5 (10,9%), локтевых - у 5 (10,9%) пациентов. Суставной синдром появлялся одновременно с папулезно-геморрагической сыпью.

Особенностью современного течения ГВ является более частая встречаемость абдоминального синдрома [4]. Абдоминальный синдром диагностирован у 25

(35,7%) пролеченных нами детей. Он сопровождался схваткообразными и/или постоянными болями в животе различной интенсивности, у 5 (10,9%) детей отмечалась рвота. Все дети осматривались хирургом в динамике для исключения сопутствующей острой хирургической патологии, а также осложнений абдоминального синдрома ГВ.

Почечный синдром имел место у 9 (12,8%) детей, проявляющийся гематурией, сочетающейся с абактериальной лейкоцитурией у 5 (55,6%) и протеинурией у 4 (44,4%).

Церебральный синдром диагностирован у одного ребенка.

Лечение геморрагического васкулита является комплексным, направленным на терапию фонового заболевания, купирование развившихся клинических синдромов, достижение ремиссии, профилактику обострений [3, 5, 6]. В зависимости от степени тяжести и характера течения заболевания всем пролеченным детям назначался постельный режим на период выраженных кожного, суставного, абдоминального синдромов, поражения почек, с постепенным его расширением. Длительность постельного режима чаще всего составляла 7-10 дней. В терапии ГВ всем детям была назначена гипоаллергенная диета с исключением облигатных аллергенов. При резко выраженном абдоминальном синдроме назначался голод на 1-2 дня, затем рацион О, с последующим переводом ребенка на рацион П. При почечном синдроме больные получали диетический стол Н.

Базисная терапия ГВ включает применение антиагрегантной, антикоагулянтной терапии, по показаниям – нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикостероидов (ГК) [2, 3, 5, 7]. При легкой степени тяжести кожной формы ГВ для купирования симптомов заболевания достаточно бывает назначения терапии фонового заболевания и антиагрегантной терапии [4, 5].

Все пролеченные нами дети с ГВ получали антиагрегантную терапию. Чаще всего назначался курантил (дипиридамол) в дозе 5 мг/кг/сут в 3 приема внутрь, реже – трентал 5-10 мг/кг/сут 3 раза внутрь или 2% раствор пентоксифиллина внутривенно. Двое детей старшего возраста получали тиклид в дозе 100 мг в сутки. При тяжелом течении болезни 4 детям в терапию включалось назначение двух антиагрегантных препаратов. Длительность антиагрегантной терапии зависела от степени тяжести и формы заболевания ГВ. Чаще всего антиагреганты назначались на 2-3 месяца.

Показаниями к использованию антикоагулянтов является наличие гиперкоагуляции в коагулограмме, чаще при среднетяжелых и тяжелых формах болезни, а также кожная форма с элементами некроза [4, 5, 6]. Лечение гепарином проведено 7 (38,9%) пациентам с кожной формой ГВ и всем детям при смешанной форме. Терапевтическая доза гепарина при ведении больных с кожной формой ГВ составила  $203 \pm 7,0$  ЕД/кг/сут, при смешанной форме заболевания –  $261 \pm 8,7$  ЕД/кг/сут. У 22 (37,3%) больных ГВ гепарин вводился подкожно 4 раза в сутки, а у 28 (47,4%) – гепарин назначался в виде круглосуточного титрования на фоне проведения инфузионной терапии. У 9 (15,3%) детей в качестве антикоагулянтной терапии использовался низкомолекулярный гепарин – фраксипарин в дозе 100 МЕ/кг 1 раз в сутки. Курсы терапии гепарином составили от 14

дней до 1 месяца. Отмену гепарина проводили постепенно, снижая дозу по 30-50 ЕД/кг массы тела в 3-5 дней, но не уменьшая кратности подкожного введения препарата.

Показаниями к назначению ГК являются рецидивирующее течение кожной пурпуры, наличие некротических элементов, упорный абдоминальный синдром, нефрит [4, 5, 6]. Средняя доза преднизолона при кожной форме ГВ у пролеченных нами детей составила  $1,42 \pm 0,06$  мг/кг/сут. Лечение получало 6 детей, имеющих рецидивирующее течение кожной формы ГВ с элементами некроза геморрагической сыпи и пищевую аллергию в анамнезе. Доза преднизолона в терапии смешанной формы ГВ составила  $1,69 \pm 0,12$  мг/кг/сут в сочетании с назначением антикоагулянтов и дезагрегантов. По данным Лыскиной Г.А. и соавторов [4], раннее назначение ГК в составе стартовой терапии, особенно у больных с абдоминальным синдромом, снижает риск развития поражения почек.

В дебюте острого течения заболевания у 26 (37,1%) пролеченных детей использовались энтеросорбенты (активированный уголь, смекта, полифепан) сроком на 7-14 дней. Антигистаминные препараты назначались детям, не получавшим ГК, имеющим в анамнезе пищевую и/или лекарственную аллергию в возрастной дозировке сроком на 14-21 день.

Инфузионную терапию (глюкозо-солевые растворы с 2% раствором пентоксифиллина или 2,4% раствором эуфиллина) получало 62 (88,5%) ребенка с ГВ.

Антибактериальная терапия (защищенные пенициллины, цефалоспорины или макролиды) назначалась всем детям в дебюте заболевания, если в развитии ГВ имел значение инфекционный фактор или обострение очагов хронической инфекции.

Средняя продолжительность госпитализации пролеченных детей при смешанной форме ГВ составила  $25,4 \pm 0,2$  койко-дней, кожной –  $18,5 \pm 0,1$  койко-дней.

Выводы:

1. Основными синдромами геморрагического васкулита у детей являлись кожный (100%), суставной (65,7%), абдоминальный (35,7%) и почечный (12,8%).

2. Манифестации геморрагического васкулита у 91,4% детей предшествовали вирусная или бактериальная инфекция, у 88,5% выявлен отягощенный аллергологический анамнез.

3. Адекватная форме и тяжести заболевания комплексная терапия геморрагического васкулита стартовыми дозами гепарина, глюкокортикоидами, антиагрегантными препаратами, а также симптоматическая терапия (антибиотикотерапия, энтеросорбенты, антигистаминные препараты) приводила к выздоровлению пациентов. Ни у кого из пролеченных детей не выявлено осложнений абдоминального и почечного синдромов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова, Е.В. Геморрагический васкулит у детей / Е.В. Борисова // Педиатрия. – 2004. – № 6. – С. 51-56.
2. Кувшинников, В.А. Геморрагический васкулит у детей / В.А. Кувшинников // Белорусский медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 8-11.
3. Лечение болезней внутренних органов: практическое руководство, в 3 т. / А.Н. Окорков. – Т. 3, кн. 2. – Минск: Вышэйшая школа, 1997. – 480 с.

- 4 Лыскина, Г.А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шенлейна-Геноха у детей / Г.А. Лыскина, Г.А. Зиновьева. – Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 6. – С. 131-136.
- 5 Лыскина, Г.А. Программа лечения Шенлейна-Геноха у детей / Г.А. Лыскина [и др.]. – Междунар. журнал мед. практики. – 2000. – № 4. – С. 13-15.
- 6 Цымбал, И.Н. Патогенетическая терапия геморрагического васкулита у детей / И.Н. Цымбал. – Лечащий врач. – 2000. - № 10. – С. 20-24.
- 7 Якунина, Л.Н. Практическое руководство по детским болезням: Гематология/онкология детского возраста; под ред. А.Г. Румянцев, Е.В. Самочатовой. - Москва: Медпрактика, 2004. – С. 417-436.
- 8 Sausbury, F.T. Henoch-Schonlein purpura / F.T. Sausbury // Curr. Opin. in Rheumatology. – 2001. – № 13. – P. 35-40.

## PECULIARITIES OF THE MODERN COURSE AND MEDICAL TREATMENT OF HEMORRHAGIC VASCULITIS IN CHILDREN

**Maksimovich N.A., Lashkovskaja T.A., Gusarevich V.B.,  
Kizelevich A.I., Malyshko N.A., Osipova H.A.**

Educational institution "Grodno state medical university"

Health care institution "Grodno regional children's clinical  
hospital"

### Abstract

*Peculiarities of the clinical course of hemorrhagic vasculitis in children are presented in the article. It is shown that the main syndromes of hemorrhagic vasculitis are: skin syndrome (100%), articularis (65,7%), abdominal (35,7%), and renal syndrome (12,8%). The treatment of different forms of hemorrhagic vasculitis in children was analyzed.*

**Key words:** children, hemorrhagic vasculitis, modern course, medical treatment.